Lane Medical Library

DIE CHOLECYSTITIS ADHAESIVA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER MEDICINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

EINGEREICHT VON

JUSTINA BISCHOFSWERDER

GEB. HOROWITZ

ÄRZTIN IN BERLIN

TAG DER PROMOTION: 20. JULI 1916.

BERLIN

TROWITZSCH & SOHN

1916

GEDRUCKT MIT GENEHMIGUNG DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT BERLIN.

DEKAN: PROFESSOR DR. HEFFTER.
REFERENT: PROFESSOR DR. CZERNY.

MEINER MUTTER

UND DEM

ANDENKEN MEINES VATERS.

Inhaltsangabe.

	Seite
Einleitung	5
Teil I. Aetiologie, klinisches Bild und Differentialdiagnose	5—13
1. Anamnestisch wichtige Punkte	5
a) Heredität	5
b) Frühere Krankheiten	6
c) Erkrankungen nach Entbindungen	6
d) Einfluß von Traumen	7
2. Klinisches Bild	7—9
a) Allgemeine und subjektive Symptome	7
b) Lokaler Befund	8
3. Differentialdiagnose	9—13
a) Cholelithiasis	9
b) Ulcus duodeni	10
c) Ulcus ventriculi	10
d) Appendicitis	11
e) Nierensteine	12
f) Verlagerungen und Vergrößerungen der rechten Niere	12
g) Hysterie	13
h) Tabische Krisen	13
Teil II. Kontrolle der vorherigen Annahmen durch die Operation	14—16
1. Sicherung und Berichtigung der vorher gestellten Diagnosen	14
2. Anatomischer Befund an der Gallenblase und den Nachbarorganen	14
Schluß	16
Zusammenfassung	16

Verzeichnis der benutzten Literatur.

Aschoff und Bacmeister, Cholelithiasis.

E. Berger, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1902 Nr. 8.

v. Bouveret, Revue medical XVI p. s.

v. Dungern, Münch. med. Woch. 1897 Nr. 28 „Beziehungen des Typhus zur Cholelithiasis."

Doba, W., Wiener klin. Woch. 12. Jahr. Nr. 48 „Typhus und Cholelithiasis."

Ewald, Erkrankungen der Gallenblase und Gallengänge.

Feldmann I, Wiener klin. Woch. 12. Jahrg. Nr. 48 „Beiträge zur Bakteriologie der Gallenblasenentzündungen."

Kehr, Praxis der Gallenwegenchirurgie.

Moris, Med. Record 1905 Nr. 12 „Bile-tract Adhesions."

Morestin, H., Bull. de la Soc. anat. 75 année „Occlusion intestin. par adhérences anciennes du côlon à la vésicule biliaire".

Naunyn, Klinik der Cholelithiasis.

Riedel, Gallensteinkrankheit mit und ohne Ikterus.

Ders. 6 Fälle von Cholangitis und Cholecystitis sine concremento in Mitteilungen aus den Grenzgebieten zwischen Medizin und Chirurgie 1909.

Die Cholecystitis adhaesiva.

In Band 19 der Mitteilungen aus den Grenzgebieten zwischen Medizin und Chirurgie teilt Riedel sechs Fälle von Cholecystitis und Cholangitis sine conkremento mit und erwähnt, daß kurz vorher je ein derartiger Fall von Körte und Adolf publiziert worden sei. In dieser aus dem Jahre 1909 stammenden Arbeit sagt Riedel selbst, daß ihm die entzündliche Erkrankung der Gallenblase und Gallengänge ohne Steinbildung bisher ein unbekanntes Krankheitsbild gewesen sei. Es handelt sich in diesen sechs Fällen um Entzündungen teils mit teils ohne Verwachsungen. Auf diese Verhältnisse geht die Arbeit nicht näher ein. Im Schlußsatz der erwähnten Arbeit sagt der Autor: „Ob das erörterte Leiden klinisch eine Bedeutung bekommen wird, das läßt sich erst entscheiden, wenn Mitteilungen über dasselbe vorliegen. Vorläufig empfiehlt es sich wohl, die Krankheit bei diagnostischen Erörterungen möglichst wenig zu berücksichtigen." Im „Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie" aus dem Jahre 1905 ist ferner eine Arbeit von Moris „Bile-tract adhesions" erwähnt, in der der Verfasser kurz ausführt, daß Adhäsionen der Gallenblase häufig zu abdominellen Störungen, Obstipation, Magenerweiterungen, Koliken führen. Außer derartigen spärlichen, zumeist kasuistischen Mitteilungen findet sich in der Literatur keine zusammenfassende Behandlung der Cholecystitis bzw. Pericholecystitis adhaesiva ohne Konkrementbildung. Es soll deshalb die Aufgabe der folgenden Arbeit sein, die wichtigsten Punkte dieses Leidens zu erörtern. Es geschieht dies an der Hand von 24 Krankengeschichten, die mir der inzwischen verstorbene Herr Geheimrat Kehr zur Verfügung gestellt hat.

Aus den angeführten Krankengeschichten ist zu ersehen, daß dieselben Faktoren wie bei der Cholelithiasis auch bei der Entstehung der Cholecystitis adhaesiva eine wichtige Rolle spielen. Auch hier scheint das weibliche Geschlecht in demselben Verhältnis mehr beteiligt zu sein als das männliche. Von den 24 Patienten sind 16 Frauen, 8 Männer. Hereditäre Belastung ist auch hier in vier Fällen nachzuweisen (s. Krankengeschichten Nr. 2, 4, 19, 23), bei Nr. 20 und 21 nach den anamnestischen

Angaben leicht möglich. Fall 23, ein zwölfjähriger Knabe, ist außerdem deshalb bemerkenswert, weil er zeigt, daß Erkrankungen der Gallenblase mit ihren Folgeerscheinungen durchaus nicht an das vorgeschrittene Alter geknüpft sind, sondern auch im Kindesalter vorkommen.

Es ist anzunehmen, daß ebenso wie bei anderen, verwandten Erkrankungen so auch bei der adhaesiven Cholecystitis Krankheiten praedisponierend wirken, die zu Stauungen und Entzündungen im Gallensystem führten. In zwei Fällen waren derartige Erkrankungen vor Jahren vorgekommen, in Fall 4 ein Typhus, in Fall 24 eine Malaria. Ob in Fall 4 die Cholecystitis durch die Typhus-Bazillen selbst hervorgerufen war, wurde bakteriologisch nicht festgestellt. Doch wäre es möglich, obgleich die Infektion schon sechs Jahre zurücklag. Denn v. Dungern schildert in der „Münch. Med. Wochenschrift" von 1897 Nr. 28 einen wegen chronischer Cholecystitis operierten Fall, wo 14 Jahre vorher eine Typhusinfektion stattgefunden hatte und bei der Operation Typhusbazillen als einzige Infektionserreger in der Gallenblase gefunden wurden, W. Droba in der „Wiener Klin. Wochenschrift", 12. Jahrgang Nr. 48, einen gleichliegenden Fall, der 17 Jahre nach überstandenem Typhus Eberthsche Bazillen in der Gallenblase enthielt. In derselben Nummer der „Wiener Klin. Wochenschrift" teilt J. Feldmann in der Arbeit „Beiträge zur Bakteriologie der Gallenblasenentzündung" mit, daß er aus 28 operierten Gallenblasen fünfmal Typhusbazillen rein gezüchtet habe. Es ist eine Beziehung der Cholecystitis zu dem vorausgegangenen Typhus, sei es, daß die Typhusbazillen selbst die Gallenblasenerkrankung hervorgerufen, sei es, daß sie nur disponierend gewirkt haben, wahrscheinlich.

Fall 4 ist in ätiologischer Hinsicht auch deshalb von Wichtigkeit, weil hier ebenso wie in Fall 17 und 20 der Beginn des Leidens mit der Schwangerschaft oder Entbindung zusammenfällt; in den drei erwähnten Fällen waren die Patientinnen vor der Entbindung völlig gesund gewesen. In Fall 17 traten die Beschwerden nach der ersten Entbindung auf, gingen bald völlig zurück, um während der dritten Gravidität von neuem und verstärkt wiederzukommen. In Fall 4 und 17 wurden nur Stauung, Entzündung und Verwachsung der Gallenblase, nirgends Cholesterinsteine oder Kombinationssteine vorgefundeu. Während man also meist, der Annahme von Aschoff und Bacmeister folgend (s. Aschoff und Bacmeister „Cholelithiasis"), das Auftreten der ersten Koliken während der Schwangerschaft und im Wochenbett auf Bildung von Cholesterinsteinen infolge der zu Cholesterinausfällungen führenden Gallenstauung während der Gravidität zurückführt, liegen die Verhältnisse hier anders. In Fall 4 trat im Wochenbett gleich ein heftiger Anfall auf, in Fall 17 nach der ersten Entbindung unbestimmte Beschwerden, denen dann während einer späteren Schwangerschaft Anfälle

folgten. Es ist also wohl anzunehmen, daß nicht nur die Stauung, sondern auch die ersten Entzündungserscheinungen an der Gallenblase mit der Gravidität zusammenhängen. Entweder diese ersten Entzündungen selbst oder Nachschübe haben dann zu Adhaesionen geführt. Das Vorhandensein reiner Infektsteine in Fall 20 weist sogar darauf hin, daß die in der Schwangerschaft entstandene Entzündung der Gallenblase steinbildend im Sinne von Naunyn gewirkt hat, die Steine also sekundär infolge der Entzündung entstanden sind. Diese Annahme wird dadurch bekräftigt, daß die erste Kolik erst 11 Jahre nach Beginn der Beschwerden auftrat. Dies wäre der umgekehrte Vorgang wie bei der in der Gravidität erworbenen Cholelithiasis, wo die Bildung der Cholesterinsteine infolge von Stauung als das Primäre, die Entzündung der Schleimhaut als das Sekundäre aufgefaßt wird.

Der Einfluß von Traumen auf die Entstehung der Adhaesionen läßt sich in keinem unserer Fälle mit Sicherheit nachweisen, doch ist er in Fall 6 durchaus möglich, zumal bei der Operation, die eine Verwachsung zwischen Gallenblase und Duodenum ergab, an beiden Organen keinerlei Verhältnisse vorgefunden wurden, die einen sicheren Schluß auf eine andere Ursache zugelassen hätten. Solche Fälle können für die Beurteilung des Zusammenhanges von Unfall und Erwerbsunfähigkeit wichtig sein. So hat Kehr in der „Monatsschrift für Unfallheilkunde“ von 1902 Nr. 8 einen Fall veröffentlicht, in dem unmittelbar nach einem Stoß gegen den Bauch die ersten Beschwerden auftraten und die Operation eine adhaerente, Steine und Eiter enthaltende Gallenblase ergab. Der Autor hat hier die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang von Trauma und Krankheit bejaht mit der Begründung, daß die Gallenblase vorher entweder gesund gewesen wäre oder die Krankheit sich im Stadium der Latenz befunden hätte.

Was nun das klinische Bild der Cholecystitis adhaesiva betrifft, so ist es meist mannigfaltig und symptomenreich, dabei aber gewöhnlich wenig typisch (s. Julius Herbst, Vortrag des ärztlichen Vereins Nürnberg, „Münch. Med. Wochenschrift“ 1904: „Große Schwierigkeiten macht die Diagnose der Pericholecystitis adhaesiva wegen der mannigfaltigen und wenig typischen Beschwerden“). In vielen Fällen ist es dem Bild der Cholelithiasis sehr ähnlich. Im Vordergrund stehen auch hier oft die überaus heftigen, krampfartigen Schmerzanfälle, die in 15 unserer Fälle beobachtet worden sind (s. Fall 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 19, 20, 22 und 24). In Fall 3 war vor fünfzehn Jahren nach einer Kolik mit starkem Ikterus und schwerer Störung des Allgemeinbefindens Steinabgang beobachtet worden. Nachdem der Patient dann vierzehn Jahre lang beschwerdefrei gewesen war, kehrten dieselben Erscheinungen, aber ohne Steinabgang und Gelbsucht, mit derselben Heftigkeit wieder.

Bei der Operation wurde eine durch die Beherbergung von Steinen geschrumpfte, jetzt leere Gallenblase gefunden. Es waren also die gleichen Anfälle einmal mit, einmal ohne Steine bei demselben Patienten aufgetreten. Jedenfalls zeigen diese zahlreichen Fälle, daß auch ohne Vorhandensein von Konkrementen typische Gallenkoliken vorkommen, daß also das Auftreten solcher Koliken allein noch kein Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Erkrankungen ist. Weder das Mobilwerden und Wandern eines bis dahin ruhenden Steines, noch die akute Entzündung einer steinhaltigen Gallenblase kann hier die Anfälle hervorgerufen haben. Die gestaute, chronisch entzündete und adhaerente Gallenblase antwortet auf besondere Reize, namentlich frische Entzündungen und die damit verbundene Wandspannung, durch spatische Kontraktionen, und diese in Verbindung mit dem Entzündungsschmerz verursachen die starken, krampfartigen Beschwerden. Hat die akute Entzündung ihren Höhepunkt überschritten und läßt der starke Reiz auf die Gallenblasenwand nach, dann klingt auch die Kolik ab. Dieser Annahme widerspricht Ewald in seiner Arbeit über die Erkrankungen der Gallenblase und Gallengänge. Nach Anschauung dieses Autors können Koliken nur durch ein Hindernis im Verlauf der Gallenwege hervorgerufen werden. Dagegen deckt sich diese Erklärung mit den Anschauungen von Naunyn, Riedel, Kehr, Körte, Quincke, Kruckenberg u. a. Auf dieselbe Weise sind auch der Ikterus und die übrigen Erscheinungen von gehemmtem Gallenabfluß, wie gallenfarbstoffhaltiger Urin, acholische Faeces, zu erklären (s. Fall 3, 5, 10, 17, 18, 19, 20, 22 und 24). Indem sich die Entzündung vom Fundus auf den Hals der Gallenblase fortsetzt und die Schleimhaut des engen Halsteils schwillt, wird Galle in der Gallenblase retiniert und tritt in die Gewebe über. Es handelt sich also in allen diesen Fällen um einen entzündlichen oder begleitenden Ikterus nach Riedel.

Außer diesen Symptomen verdienen im klinischen Bild besondere Beachtung die ziehenden Schmerzen, die häufig von der Gallenblase auf die Magengegend übergreifen. Auf diese wird bei der Differentialdiagnose mit der Cholelithiasis näher eingegangen werden.

Zu der Intensität der subjektiven Beschwerden bei der Cholecystitis adhaesiva, sowie zu der Häufigkeit der objektiven Allgemeinerscheinungen, wie Ikterus und Fieber, steht der Mangel an objektivem, lokalem Befund in Gegensatz. Dieser beschränkt sich in allen Fällen auf starke Druckempfindlichkeit in der Gallenblasen- und Lebergegend manchmal verstärkte Bauchdeckenspannung. In Fall 3 und 5 sollte früher Leberschwellung bestanden haben, war aber zur Zeit der Operation nicht vorhanden. In Fall 13 war der stark vergrößerte linke Leberlappen zu palpieren, und dieser Befund wurde auf Cholangitis bezogen.

Die Operation indessen ergab Cirrhose hauptsächlich des linken Leberlappens.

Auch an der Gallenblase wird man einen Befund erwarten. Man wird annehmen, man könne das gestaute und entzündete Organ palpieren, ja sogar man könne aus der Stärke der Schwellung auf die Schwere der Erkrankung schließen. Auch diese Erwartung trifft nicht zu. Abgesehen von Fall 9 und 13, wo im rechten Hypochondrium ein elastischer Tumor zu palpieren war, war zu der Zeit, wo die Patienten zur Operation kamen, also jedenfalls starke Beschwerden hatten, die Gallenblase nie zu palpieren. Die durch Exsudation vergrößerte Gallenblase wird, wenn es sich nicht gerade um so extreme Dehnungen wie beim chronischen Hydrops handelt, von der massigen Leber überdeckt und entzieht sich so der Palpation. Der mangelhafte Befund ist also kein Gegenbeweis gegen die Erkrankung des Organs.

Infolge des Mangels an typischen Symptomen macht die Differentialdiagnose zwischen der Cholecystitis adhaesiva und anderen Erkrankungen oft besonders große Schwierigkeiten. Gerade die Cholelithiasis ist häufig der Gegenstand diagnostischer Irrtümer. Das ist sehr natürlich, da diese beiden Krankheiten in ihren Erscheinungen sehr große Ähnlichkeit haben. Namentlich das Auftreten sehr charakteristischer Symptome, der Koliken, des Ikterus, des Fiebers, ist beiden gemein. So ist es zu erklären, daß z. B. in Fall 1, 2, 7, 22, 23 Gallensteine angenommen wurden, daß in mehreren anderen Fällen die Frage, ob Steine vorhanden wären, bis zur Operation offen gelassen wurde. Wenn nun auch bei der Cholecystitis adhaesiva manchmal die Koliken das Krankheitsbild ganz beherrschen, so gibt es doch eine große Zahl von Fällen, in denen diese fehlen oder gegen andere Beschwerden sehr in den Hintergrund treten. Bei längerem Bestehen der Cholelithiasis dagegen sind die Koliken erheblich häufiger, ist der Ikterus oft intensiver und kann man bei häufigen Anfällen in vielen Fällen bei genauer Beobachtung Steinabgang nachweisen. Doch gestatten all diese Unterschiede, den sicheren Steinabgang ausgenommen, nur Wahrscheinlichkeitsschlüsse. Viel charakteristischer nun für die entzündlichen Verwachsungen sind das ständige Druckgefühl und die ziehenden Schmerzen in der Gallenblasengegend, die sich auch bei geringen Bewegungen verschlimmern, den Kranken auch in anfallsfreien Zeiten stark belästigen. Oft sind sie sogar das erste und einzige subjektive Zeichen seiner Erkrankung (siehe Fall 1, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 21 und 23). Auch weisen die Symptome einer verlangsamten und herabgesetzten Magenfunktion, wie das Gefühl von Völle und Geblähtsein des Magens, zu langer Rückstand der Speisen, Erbrechen nach Aufnahme größerer Mengen oder fester Speisen, verbunden mit Symptomen von seiten der Gallenblase

auf Verwachsungen mit dem Pylorus oder dem Duodenum hin (s. Fall 2, 3, 5, 6, 10, 12, 16, 18, 19 und 23). Die Röntgenuntersuchung kann hier wesentlich unterstützen, wie in Fall 19, wo sie den Symptomenkomplex, der ohnedies für Verwachsungen der Gallenblase sprach, abrundete und die Diagnose sicherer machte.

Mag nun auch das Zusammentreffen dieser Erscheinungen mehr für Cholecystitis adhaesiva, jener Symptome mehr für Cholelithiasis sprechen, so wird sich doch, die Fälle, wo Steinabgang sicher beobachtet ist, abgerechnet, nie eine absolut sichere Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten stellen lassen. Man wird sich stets mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose begnügen müssen. Für die interne Therapie ist dies praktisch von sehr untergeordneter Bedeutung, da sie in beiden Fällen die gleiche ist. Anders ist es bei den chirurgischen Fällen, sowohl was die Indikation, als auch das operative Vorgehen betrifft. Im großen und ganzen sind die Indikationen die gleichen, doch muß man sich vor Augen halten, daß absolute Indikationen, wie sie bei der Cholelithiasis durch drohende Perforation, Empyem der Gallenblase, dauernden Ikterus infolge von Steineinklemmung ziemlich häufig sind, bei der adhaesiven Cholecystitis selten vorkommen. Einen Fall, wo Cholecystitis ohne Steine mit sehr ausgedehnten Verwachsungen zu einer Perforation des Ileums mit anschließender tödlicher Peritonitis geführt hat, beschreibt H. Morestin in den „Bull. de la Soc. anat.“ 75. année. Auch zwei von den 6 Fällen der eingangs erwähnten Arbeit von Riedel boten ähnliche Verhältnisse. Immerhin ist die Indikation hier nur sehr selten eine vitale, sondern fast stets eine relative. Doch wird die Grenze der relativen Indikation hier vielleicht weiter zu stecken sein, da infolge der besonders erschwerten Entleerung der Gallenblase bei starken Adhäsionen die Ueberführung der Krankheit in das Stadium der Latenz, wie es zuerst von Naunyn gefordert wurde und seitdem immer das Streben der internen Therapie war, seltener gelingen wird als bei der Cholelithiasis.

Auch Krankheiten des Magens und des Darmes, namentlich das Ulcus ventriculi und duodeni kommen für die Differentialdiagnose häufig in Betracht (s. Fall 1, 2, 3, 6, 14, 15 und 17). Dies ist erklärlich wegen der benachbarten Lage und daraus, daß Erkrankungen der Gallenblase häufig auf den Pylorusteil des Magens und das Duodenum übergreifen und umgekehrt (s. Kehr, Praxis der Gallenwegechirurgie, Band 2 S. 261). Symptome wie häufiges Aufstoßen, Schmerzen und Erbrechen kurz nach dem Essen, Hungerschmerz weisen auf diese Erkrankung hin. Es ist denn auch in allen diesen Fällen ein Ulcus ventriculi oder duodeni entweder sicher angenommen und dementsprechend behandelt worden (s. Fall 1 und 6), oder doch für möglich

gehalten worden. Die genaue chemische Untersuchung des Mageninhaltes, der Fäces, des Urins, ferner das sorgfältige Forschen nach Erscheinungen von seiten der Gallenblase könnten die Diagnose wohl nach einer oder der anderen Seite hin sicherer machen, doch bleiben noch genug Fälle übrig, wo man sich nicht zugunsten einer von beiden Krankheiten entscheiden kann. Für die Unterscheidung vom Ulcus ventriculi mag das zeitliche Auftreten der Schmerzen einen Anhaltspunkt geben: beim Ulcus Schmerzen bald nach der Nahrungsaufnahme, bei der Cholecystitis Schmerzen nach längerer Nahrungspause, da sich nur dann die Gallenblase füllt und ihre Wandungen sich dehnen, während, wie experimentell nachgewiesen, zur Zeit der Verdauung die Galle unmittelbar in den Darm fließt. Bei der Unterscheidung vom Ulcus duodeni handelt es sich natürlich ebenfalls nur um Fälle, wo die für das Ulcus duodeni absolut kennzeichnenden Erscheinungen, Darmblutungen, Hungerschmerz, Periodiiztät der Beschwerden fehlen. Wenn diese vorhanden sind, so wird es nicht schwer sein, sich für ein Ulcus duodeni zu entscheiden. Es gilt der Satz von Kehr, Praxis usw., Bd. 2 S. 277: „Es ist also nach meinen Erfahrungen ganz unmöglich, das Ulcus duodeni von der Cholecystitis calculosa zu unterscheiden", auch von der Cholecystitis adhaesiva.

In Fall 14 mußte mehr noch als ein Ulcus wegen des raschen Verfalls des Patienten ein Karzinom in Erwägung gezogen werden. Eine sichere Diagnose war wegen der Verschiedenheit der Beschwerden nicht möglich. Doch mußte man hier von vornherein darauf gefaßt sein, bei der Operation Verhältnisse vorzufinden, die für die Entstehung der verschiedenen Erscheinungen auch verschiedene Erklärungen gaben. Auch in Fall 3 mußte man wegen der Pylorusstenose, ständigen Erbrechens nach Aufnahme fester Nahrung, an ein Pyloruskarzinom denken. In derartigen Fällen wird man oft auch ein Nebeneinanderbestehen von Erkrankungen der Gallenblase und des Magens ohne ursächlichen Zusammenhang zugeben müssen.

In mehreren Fällen ist auf Grund der vorliegenden Beschwerden und des objektiven Befundes eine Appendicitis in den Bereich der diagnostischen Erwägungen gezogen worden (s. Fall 1, 18, 22, 23). Die unbestimmten Beschwerden in der rechten Bauchseite, die Druckempfindlichkeit in der Ileocoekalgegend veranlaßten diese Vermutung. In Fall 23 waren zwar die Beschwerden auf die Gallenblasengegend lokalisiert worden und war die Blinddarmgegend frei. Doch ließ hier die große Jugend des Patienten Zweifel an einer Erkrankung der Gallenblase aufkommen und an eine Erkrankung der nach oben umgeschlagenen Appendix denken. Im Fall 22 wurde die erste, etwas atypisch verlaufene Gallenkolik für einen Anfall von Appendicitis gehalten.

Bei normaler Lage der Appendix werden dennoch die Lokalisation des Schmerzes und die Stelle der Muskelspannung die wichtigsten Anhaltspunkte sein. Die Leukocytose läßt sich differentialdiagnostisch nicht verwerten, da sie bei beiden Krankheiten im akuten Stadium gewöhnlich vorhanden ist, im chronischen zu fehlen pflegt. Bei der akuten Entzündung soll nach A. L. Chute, „Boston Medical and Surg. Journal", Bd. CXL, das Mißverhältnis zwischen hoher Temperatur und niedrigem Puls zugunsten der Gallenblase sprechen. Auch dieses Symptom läßt bei der chronischen Erkrankung, um die es sich doch meist handelt, im Stich.

Fall 22 ist auch deshalb von Interesse, weil er noch zu anderen diagnostischen Irrtümern geführt hat. Da nämlich die zahlreichen Koliken zwar an der Gallenblase begannen, aber nach der Blase hin ausstrahlten, so wurden sie zunächst für Nierenkoliken gehalten. Da sich nach einigen Anfällen Gallenfarbstoff im Urin zeigte, wurde der Zweifel zugunsten der Gallenblase entschieden. Ohne eine wiederholte Untersuchung des Urins oder bei negativem Urinbefund wäre die Frage sehr schwer zu entscheiden gewesen. Es wäre dann wohl am nächstliegenden gewesen, zu schließen, daß ein wiederholtes Auftreten von Nierensteinkoliken ohne jede auch nur mikroskopisch nachweisbare Blutung sehr unwahrscheinlich wäre. Andere klinische Symptome lassen sich zur Unterscheidung wenig verwerten, da Allgemeinerscheinungen, wie Temperatursteigerung, Übelkeit, nach beiden Arten von Anfällen vorkommen. Doch wäre diese alleinige Begründung der Diagnose in einem so wichtigen Fall nicht befriedigend. Jedenfalls zeigt dieser Fall, daß auch die Nephrolithiasis in den Bereich der Differentialdiagnose gezogen werden muß und manchmal erst bei längerer und genauer Beobachtung auszuschließen ist.

Riedel schildert am Ende seines Buches „Gallensteinkrankheit mit und ohne Ikterus" einen Fall, in dem die vergrößerte Gallenblase für die verlagerte rechte Niere gehalten wurde, da der Pol der Gallenblase als unterer Nierenpol imponierte. In zwei von unseren Fällen liegen die Verhältnisse umgekehrt, es ist hier die vergrößerte rechte Niere als Gallenblase angesprochen worden (s. Fall 9 und 13). Es sind dies auffallenderweise die einzigen Fälle, wo die Diagnose auf eine Gallenblasenerkrankung auf Grund eines an der Stelle der Gallenblase palpablen Tumors gestellt wurde, also am besten begründet schien. In Fall 13 lagen immerhin Verwachsungen zwischen Gallenblase und Duodenum vor, so daß der ursächliche Zusammenhang zwischen den für chronische Cholecystitis so typischen Beschwerden und einer Affektion der Gallenblase doch möglich ist. Viel krasser aber liegen die Verhältnisse in Fall 9. Hier war, trotzdem der Urin Eiweiß enthielt, an einen

Zusammenhang der Beschwerden mit einer Nierenerkrankung gar nicht gedacht worden. Denn die heftigen, plötzlich auftretenden Schmerzen in der rechten Bauchseite, verbunden mit dem birnförmigen Tumor, der mit der Leber zusammenzuhängen schien, gaben ein so geschlossenes Krankheitsbild, daß etwas anderes gar nicht in den Bereich der Möglichkeiten gezogen wurde. Daß die Beschwerden von der Cystenniere herrührten, ist unmöglich, daß sie auf die geringe Verwachsung zwischen Leber und Kolon zu beziehen waren, höchst unwahrscheinlich, ihr Ursprung also unaufgeklärt. Als erschwerend für die Diagnose kommt die starke Hepatoptose hinzu, die die Gallenblase weit tiefer vermuten ließ als gewöhnlich.

Vielleicht der verhängnisvollste Irrtum, dem der Diagnostiker beim Vorliegen einer Cholecystitis adhaesiva ausgesetzt ist, ist folgender: Wegen des geringen Befundes liegt eine Verwechslung dieser organischen Erkrankung mit bloßer Nervosität oder Hysterie nahe (1, 15, 19). Charakteristisch ist, daß es sich in allen Fällen, wo die Klagen der Patienten auf Hysterie oder Neurasthenie bezogen wurden, um Frauen handelt. In Fall 19 geht es sogar so weit, daß von namhafter interner Seite eine organische Erkrankung von vornherein ausgeschlossen und deshalb von jedem chirurgischen Eingriff dringend abgeraten wurde. Tatsächlich verhält es sich so, daß die Patientinnen durch die dauernden, quälenden Schmerzen in ihrem Allgemeinbefinden so geschwächt und geschädigt werden, daß sie sich auch in schmerzfreien Perioden von dem Krankheitsgefühl nicht losmachen können und sehr reizbar sind. Es gibt nun Fälle, wo trotz organischer Heilung die Gewohnheit, krank zu sein und Schmerzen zu haben, so festgewurzelt ist, daß das Krankheitsgefühl nie mehr völlig schwindet. Diese dürfen aber nicht dazu verleiten, wirklich organische Erkrankungen als Hysterie aufzufassen und so die Ursache mit der Wirkung zu verwechseln.

Obgleich in unserem Material kein derartiger Fall vorhanden ist, soll an dieser Stelle doch erwähnt werden, daß auch eine organische Nervenerscheinung, nämlich die tabischen Krisen, manchmal für Gallenblasensymptome gehalten wird und umgekehrt. So beschreibt V. Bouvret in der „Revue Médc." Nr. 16 einen Fall, wo die Koliken anfänglich als tabische Krisen gedeutet wurden und die Operation eine steinhaltige und adhaerente Gallenblase ergab. Liegt eine Fehldiagnose im umgekehrten Sinne vor, so werden auf Grund davon sogar Operationen ausgeführt. In der Tat haben Gallenkoliken und gastrische Krisen oft so große Ähnlichkeit, daß man, falls man dieses Symptom allein betrachtet, kaum eine Differentialdiagnose stellen kann. Doch wird eine genaue allgemeine Untersuchung, namentlich die genaue Feststellung des Nervenstatus, wohl immer vor diesem schweren Irrtum und seinen Folgen schützen.

Von den Punkten, die erst bei der Operation mit Sicherheit zutage traten, ist ein auffallender die Vergesellschaftung des Gallenblasenleidens mit Hepatoptose. Diese wurde in fünf Fällen gefunden (s. Fall 9, 10, 11, 16, 24), und zwar nur bei Frauen. Wenn nun auch sicher ist, daß die Enteroptose und die Hepatoptose noch ganz im besonderen Beschwerden wie Druckgefühl und Schwere im Leib verursachen, so sind hier die Hauptbeschwerden, wegen deren auch von seiten der Patientinnen operatives Eingreifen verlangt wurde, auf die Erkrankung der Gallenblase zu beziehen. Es ist also zu erwarten, daß in derartigen Fällen die Patienten bei Ausheilung dieses Leidens ihre starken und lästigen Beschwerden verlieren und nur vielleicht geringfügige und erträgliche zurückbehalten.

Weit wichtiger aber als für diesen Punkt sind die Operationsbefunde, weil sie eine absolut sichere Kontrolle der vorher gestellten Diagnosen sind. In der Mehrzahl der Fälle bestätigen sie die vorher gestellten Diagnosen, in anderen Fällen decken sie Unklarheiten auf, in einigen beweisen sie die absolute Falschheit der vorherigen Annahmen. In 15 Fällen ergab die Operation eine schon makroskopisch veränderte, d. h. gestaute und entzündete Gallenblase (s. Fall 2, 3, 4, 8, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 und 24). Nur in Fall 24 war vor der Operation eine Gallenblasenerkrankung für zweifelhaft gehalten worden. In allen anderen 14 Fällen hatte die Diagnose mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit auf chronische adhäsive Cholecystitis gelautet, war also durch die Operation bestätigt worden. Dieser deutliche anatomische Befund steht in direktem Gegensatz zu dem klinischen, wo man in keinem dieser Fälle die Gallenblase hatte palpieren können. Folgt man der Annahme von Aschoff, daß in chronisch entzündeten Gallenblasen die Luschkaschen Gänge erweitert sind und bis in die Tunica fibrosa hineinreichen, so wird man es erklärlich finden, daß gerade die chronische Stauungsgallenblase so auffallend häufig zur Miterkrankung des Peritonäalüberzuges und also auch zu Adhäsionen neigt. In zahlreichen anderen Fällen, die hier nicht behandelt sind, auf die Kehr in seinem Werk aber mehrfach hinweist, hat die mikroskopische Untersuchung Schleimhautveränderungen ergeben, wo makroskopisch keine Veränderungen vorlagen. Auf diesen Punkt kann hier nicht näher eingegangen werden, da die mikroskopische Untersuchung nur in einem kleinen Teil aller Fälle ausgeführt worden ist. Wo sich eine Gallenblasenentzündung bei der Operation nicht nachweisen ließ, war in mehreren Fällen ein altes Duodenalulcus möglich, allerdings nirgend mit Sicherheit nachzuweisen (s. Fall 1, 5 und 6). In Fall 1 und 6 war bei der Operation trotz der Verwachsung mit dem Duodenum keine Veränderung an der Gallenblase zu bemerken. Bekräftigen nun

auch diese negativen Befunde die schon vor der Operation ausgesprochene Annahme, daß in diesen Fällen ein Ulcus duodeni das Primäre, die Gallenblase selbst dagegen stets gesund gewesen, so läßt der negative Befund am Duodenum doch keinen ganz sicheren Schluß auf die Entstehung der Adhäsionen zu. In Fall 22 dagegen wurde zwar ein Ulcus duodeni für möglich gehalten und bei der Operation eine Verdickung des Duodenalrandes gefunden, doch machte der Befund an der Gallenblase, Stauung und Entzündung, es erheblich wahrscheinlicher, daß die Adhäsionen von dieser ausgingen. Dies ist in prognostischer Hinsicht wichtig. Denn gehen die Verwachsungen von der entzündeten Gallenblase aus, so kann man bei vollständiger Lösung der Adhäsionen und Entfernung des erkrankten Organs sicher auf eine Dauerheilung rechnen, während man andernfalls auf ein Ulcusrezidiv immerhin gefaßt sein muß. In Fall 14 ließen die verschiedenen Symptome an ein Ulcus ventriculi, ein Karzinom und eine chronische Cholecystitis denken. Die Operation ergab ein Karzinom des Magens neben einer Cholecystitis adhaesiva. Dieser Befund zeigt also die Berechtigung der verschiedenen diagnostischen Vermutungen und weist außerdem darauf hin, daß man in manchen Fällen gezwungen ist, ein Nebeneinanderbestehen mehrerer derartiger Erkrankungen ohne inneren Zusammenhang anzunehmen. In Fall 1 und 18 erwies sich die Appendix als frei, obgleich vor der Operation Appendicitis einmal für wahrscheinlich, einmal für möglich gehalten worden war. In Fall 23 zeigte sich bei der Operation, daß die Beschwerden sehr wohl von der verwachsenen Gallenblase, nicht aber, wie auch für möglich gehalten worden, von der an normaler Stelle liegenden, nur wenig verwachsenen Appendix ausgegangen sein konnten. In Fall 13 war die Vergrößerung des linken Leberlappens auf Cholangitis bezogen worden. Die Operation widerlegte diese Annahme indessen, da sie eine Cirrhose hauptsächlich des linken Lappens ergab und zeigte, daß die Affektionen von Leber und Gallenblase ursächlich in keinem Zusammenhang standen. In Fall 9 und 13 war ein im rechten Hypochondrion liegender elastischer Tumor als die vergrößerte Gallenblase angesprochen worden und erwies sich dann beide Male als die vergrößerte rechte Niere. Hier hat also die Operation eine entschiedene Fehldiagnose aufgedeckt.

Durch die Operation nicht erklärt sind die klinischen Symptome in Fall 7. Auf Grund der Koliken wurde hier zunächst ein Gallensteinleiden angenommen, der klinische Befund führte später zur Annahme einer Appendicitis. Bei der Operation wurde keinerlei Veränderung an der Gallenblase und der Appendix, sondern nur eine flächenhafte Verwachsung zwischen Netz und Bauchwand gefunden. Es ist ja nun möglich, aber doch fraglich, ob die Beschwerden durch diese Ver-

wachsungen und die ihnen voraufgegangenen Entzündungen hervorgerufen wurden. In Fall 3, 15 und 20 findet sich Induration des Pankreas, die darauf schließen läßt, daß dieses an den früheren Entzündungsprozessen der Gallenblase durch Uebertragung der Infektion und Entzündung auf dem Wege der von der Gallenblase zum Pankreas führenden Lymphbahnen teilgenommen hat. Frische Entzündung des Pankreas liegt sowohl dem klinischen Bild, als auch dem Operationsbefund nach nirgend vor.

Dem Befund an der Gallenblase entsprechen auch die ausgeführten Operationen. In allen Fällen, wo Veränderungen an der Gallenblase vorlagen oder sich die Adhäsionen mit Wahrscheinlichkeit auf Erkrankungen derselben zurückführen ließen, wurde die Ektomie gemacht. In den Fällen, wo die Adhäsionen von anderen Organen auszugehen schienen, wurde nur eine Lösung derselben vorgenommen. Das radikale Vorgehen in den erstgenannten Fällen ist berechtigt und notwendig und der bloßen Lösung der Adhäsionen vorzuziehen, weil auf Beseitigung der Ursachen für die Verwachsungen, der Stauung und Entzündung, nur mit geringer Wahrscheinlichkeit zu rechnen ist. Nur durch Ausschaltung des erkrankten Organs ist also Rezidiven vorzubeugen und eine Dauerheilung zu erwarten.

Zusammenfassung.

1. Die Cholecystitis adhaesiva ohne Gallensteine ist eine selbständige, ziemlich häufige Erkrankung.

2. Bei der Entstehung der Cholecystitis adhaesiva wirken dieselben disponierenden Momente mit wie bei der Cholelithiasis.

3. Der geringe objektive Befund steht bei ihr im Gegensatz zur Menge und Vielseitigkeit der subjektiven Beschwerden. Doch ist das Krankheitsbild infolge des Mangels an typischen Symptomen schwer abzugrenzen.

4. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich in Betracht: die Cholelithiasis, das Ulcus duodeni und ventriculi, die Appendicitis, die Nephrolithiasis, die Vergrößerungen oder Verlagerungen der rechten Niere, die Hysterie und die tabischen Krisen.

5. In der Mehrzahl der Fälle ergab die Operation eine Stauungsgallenblase mit entzündlicher Reizung.

6. Der Ursprung der Verwachsungen aus einem Ulcus duodeni war in mehreren Fällen wahrscheinlich, doch nirgend mit Sicherheit nachzuweisen.

7. In einzelnen Fällen, die das klinische Bild der Cholecystitis adhaesiva zeigten, liegt keine Veränderung am Gallensystem vor und bleiben die klinischen Symptome unerklärt.

8. Bei der Cholecystitis adhaesiva ist eine Dauerheilung nur auf chirurgischem Wege, und zwar nur durch die Cholecystektomie, möglich.

I.

E. F. 24 J. Malerin aus Weimar.
Aufg. 23. 5. 09.
Op. 24. 5. 09. Laparotomie, Lösung von Verwachsungen.
Entl. 12. 6. 09 als geheilt.

Anamnese: Ein vorher behandelnder Arzt nimmt auf Grund der Beschwerden der Patientin — Schmerzen in der Gallenblasengegend, Übelkeit und Völlegefühl im Magen — und der palpabeln, druckempfindlichen Gallenblase ein Gallensteinleiden an, kann aber ein Ulcus am Pylorus, Duodenum oder Verwachsungen zwischen Gallenblase, Magen, Darm nicht völlig ausschließen. Eine im Jahr vorher vorgeschlagene Operation wurde abgelehnt, trotzdem der Beginn des Leidens schon 12 Jahre zurückliegen soll und die Patientin dadurch sehr nervös geworden und in ihrem Allgemeinbefinden sehr beeinträchtigt ist. Jetzt hat sich die Patientin, da die interne Behandlung wiederum erfolglos war, zur Operation entschlossen.

Befund: Elende Patientin mit Plätschern über dem Magen. Druckempfindlichkeit in Mittellinie, Gallenblasen und Blinddarmgegend.

Diagnose: Unsicher. Hysterie? Ulcus ventriculi? Appendicitis? Probeinzision empfohlen.

Operation: 24. 5. 09. Gallenblase normal, zwischen ihr und Duodenum strangförmige, leicht lösliche Verwachsungen, die von einem früheren Duodenalulcus herzustammen scheinen. Eine Narbe am Duodenum läßt sich allerdings nicht mit Sicherheit feststellen.

Verlauf: Gut.

Entl.: 12. 6. 09. Geheilt.

II.

J. S. 41 J. Kassenvorsteher aus Halberstadt.
Aufg. 25. 5. 09.
Op. 27. 5. 09. Ektomie.
Entl. 19. 6. 09. Geheilt.

Anamnese: Mutter gallensteinleidend. Seit 1898 Schmerzen in der Magengegend, unabhängig vom Essen, in geringem Grad dauernd vorhanden. Zuerst Behandlung wegen Magenleidens. Auf Salzsäure und Tinctura Strychni vorübergehende Besserung. Seit 1903 in Abständen von mehreren Monaten kolikartige Anfälle von etwa 12 Stunden Dauer, von tagelangem Druck in der Leber- und Magengegend gefolgt. Nie Gelbsucht, Steinabgang nicht beobachtet. In den letzten Jahren

beträchtliche Abmagerung infolge großer Appetitlosigkeit. Der behandelnde Arzt gibt an, daß er selbst mehrfach außerordentlich heftige „Gallensteinkoliken“ beobachtet hat.

Befund: Sehr blasser, unterernährter Mann. Gegend der Gallenblase unbestimmt resistent und sehr druckempfindlich.

Diagnose: Chron. Cholecystitis, bzw. Verwachsungen.

Operation: 27. 5. 09. Gallenblase in dichte Verwachsungen mit Leber, Duodenum und Colon eingebettet. Am Hals einige strangförmige Verwachsungen. Gallenblase stark in die Länge gezogen, besonders der Halsteil, ebenso der Cysticus. Keine Steine. Inhalt gallig, leicht getrübt. Am Choledochus eine geschwollene Lymphdrüse. Lösung der Verwachsungen, Ektomie. Magen, Duodenum, Appendix frei.

Verlauf: Normal.

Entl.: 19. 6. 09. Geheilt.

III.

R. K. 46 J. Lehrer aus Stolberg.

Aufg. 4. 6. 09.

Op. 6. 6. 09. Ektomie, Appendicektomie.

Entl. 28. 7. 09. Geheilt.

Anamnese: Vor 21 Jahren bereits wegen Magenleidens behandelt. Erster Anfall vor 15 Jahren mit furchtbaren Schmerzen im rechten Oberbauch, nach Kreuz und Schultern ausstrahlend. Er wurde dann dunkelgrüngelb, und es bildeten sich mit Galle gefüllte Blasen auf der Haut. Die Anfälle wiederholten sich von September bis März, dann ging ein großer Stein ab. Dann beschwerdefrei bis 1908, darauf einige leichtere Anfälle ohne Gelbsucht. Im Januar 1909 plötzlich Erbrechen, Schmerzen in der rechten Seite, die nach dem Magen hinüberzogen. Nach 3 Tagen erneutes Erbrechen einer gelbgrünlichen Flüssigkeit und krampfartige Schmerzen. Der Arzt stellte Leberschwellung fest und brachte das Leiden mit Gallensteinen in Zusammenhang. Behandlung mit heißen Umschlägen und Karlsbader Salz. Erst häufige, jetzt seltenere Wiederholung der Anfälle. Zuletzt fast stets Erbrechen bei Aufnahme fester Nahrung. Stets Stuhlverstopfung. Starke Gewichtsabnahme.

Befund: Starke Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend. Probefrühstück gut verdaut.

Diagnose: Cholecystitis chronica, Adhäsionen am Pylorus.

Operation: 6. 6. 09. Gallenblase klein, geschrumpft, mit Pylorus verwachsen, wird entfernt. Choledochus leer, Pankreas härter als normal. Appendix in Verwachsungen eingehüllt, wird entfernt. In der geschrumpften Gallenblase, deren Schleimhaut des Epithels beraubt ist, keine Steine.

Verlauf: Vier Wochen lang Temperatur bis 38. Zuerst schlechtes Allgemeinbefinden, Urinretention, Cystitis. Besserung nach 8 Tagen. Am 16. 6., 10 Tage post op. stellen sich Fasciennekrose und Bauchdeckenabszeß heraus. Entfernung sämtlicher Nähte. Die nekrotischen Teile stoßen sich darauf ab. Nach 3 Wochen Sekundärnaht der Hautwundränder.

Entl.: 28. 7. 09. Geheilt, mit nur noch kleiner Wunde.

IV.

E. N. 25 J. Restaurateursfrau aus Hadersleben.

Aufg. 12. 6. 09.

Op. 15. 6. 09. Ektomie, Lösung von Verwachsungen.

Entl. 14. 7. 09. Geheilt.

Anamnese: Mutter gallensteinleidend. Patientin hat mit 19 Jahren Typhus durchgemacht. Beginn der jetzigen Krankheit 1907 im Wochenbett; erster Kolikanfall von 24 Stunden Dauer mit sehr heftigen Schmerzen in der Magen- und Lebergegend. Trotz Karlsbader Hauskur zeitweise leichte Schmerzen. Einige Monate darauf sowie im April und Juli 1908 sehr heftige, stundenlange Anfälle. In der Zwischenzeit leidliches Wohlbefinden. Stuhlgang angehalten. Anfang Mai wiederum 2 Stunden dauernde Kolik. Niemals Gelbsucht, Steinabgang nie beobachtet.

Befund: Starke Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend; kein Tumor. Urin frei.

Diagnose: Cholecystitis chronica.

Operation: 15. 7. 09. Gallenblase groß, leer von Steinen, mit Duodenum am Hals strangförmig verwachsen. Kein Ulcus, Appendix normal. Lösung der Verwachsungen, Ektomie. Gallenblase normal, enthält etwas trübe Galle.

Verlauf: Normal.

Entl.: 14. 7. 09. Geheilt.

V.

A. L. 21 J. Stud. jur. aus Berlin.

Aufg. 27. 10. 09.

Op. 29. 10. 09. Lösung von Verwachsungen, Ektomie.

Entl. 17. 12. 09. Geheilt.

Anamnese: Mitte September 1907 plötzlich einsetzende, 8 Tage dauernde Gelbsucht ohne Schmerzen. Mitte Dezember noch leichte Leberschwellung festgestellt. Ende Dezember 8 Tage lang beständig

anhaltende mäßig starke Schmerzen in der Gallenblasengegend ohne Gelbsucht. Darauf sechswöchentliche Karlsbader Hauskur, während der eine schwere „Gallenblasenentzündung“ mit hohem, aber wechselndem Fieber auftrat. Seitdem ständiges Druckgefühl in der Lebergegend. Im Sommer 1908 Kur in Karlsbad, gleich darauf einige Wochen starke, aber nie anfallsweise auftretende Schmerzen. Im Sommer darauf wieder Kur in Karlsbad ohne Erfolg. Patient hat dauernd Druckgefühl und Schmerzen in der Lebergegend, die sich bei leichten Anstrengungen, z. B. beim Gehen, steigern. Eine Spur Gelbsucht soll meist bestanden haben.

Befund: Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. Urin frei.

Diagnose: Cholecystitis chronica, Adhäsionen.

Operation: 29. 10. 09. Gallenblasenhals mit Duodenum verwachsen. Lösung, Ektomie. Keine Steine, Gallenblase normal.

Verlauf: 6. 11. Temperatur bis 38,8. Deshalb Entfernung der Tamponade und sämtlicher Nähte schon heute.

12. 11. Verband alle 2 Tage von Galle durchtränkt, Temperatur noch bis 37,8. Stuhl erfolgt nur auf starke Abführmittel.

27. 11. Allgemeinbefinden erheblich gebessert, Temperatur ab und zu bis 37,8 gesteigert. Nur noch kleiner Wundtrichter an der Tamponadestelle. Noch geringer Gallenfluß.

15. 12. Spur Galle im Verband.

Entl.: 17. 12. Geheilt mit kleiner Granulationsstelle. Die Gallenfistel scheint sich völlig geschlossen zu haben. Die Wunde hat sich wenige Wochen nach der Entlassung, ohne daß sich wieder Gallenfluß einstellte, geschlossen.

VI.

F. C. 37 J. Arbeiter aus Halberstadt.

Aufg. 1. 12. 09.

Op. 4. 12. 09. Lösung von Adhäsionen, Ektomie.

Entl. 1. 1. 10. Geheilt.

Anamnese: Seit 2 Jahren, unmittelbar nachdem Patient mit der rechten Bauchseite auf eine Stange gefallen war, Druck in der Magengegend und im rechten Hypochondrium, außerdem Gefühl der Völle nach dem Essen, Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Mattigkeit, leichte Ermüdbarkeit. Diät ohne Erfolg. Im Frühjahr wegen Verdachts auf Magengeschwür Höllensteinspülungen, ebenfalls erfolglos. Außerdem wurde auch der Verdacht auf Gallensteine ausgesprochen. Niemals kolikartige Schmerzen, nie Gelbsucht.

Befund: Elender Mann mit starker Druckempfindlichkeit im rechten Hypochondrium und Epigastrium. Urin frei.

Diagnose: Adhäsionen an der Gallenblase.

Operation: 4. 12. 09. Gallenblase sehr groß, mit Duodenum verwachsen. Pylorus und Magen weit. Lösung, Ektomie. Gallenblase etwas wandverdickt. Schleimhaut normal. Cysticus sehr eng.

Verlauf: Durch 2 Tage post op. einsetzende Pneumonie mit Infiltration des ganzen rechten Unterlappens gestört. Temperatur bis 40, Puls bis 160, Herzinsufficienz zeitweise stark, Wunde dabei in Ordnung.

16. 12. Temperatur und Puls gebessert.

22. 12. Pneumonie in Lösung. Temperatur nur noch wenig gesteigert.

25. 12. Temperatur normal.

1. 1. 1910. Pneumonie abgelaufen. Geheilt entlassen.

VII.

A. R. 55 J. Bahnarbeiterfrau aus Thale a. H.

Aufg. 8. 9. 09.

Op. 17. 9. 09. Lösung von Adhäsionen, Cystostomie.

Entl. 29. 10. 09. Geheilt.

Anamnese: Acht normale Partus. Seit 10 Jahren unregelmäßig auftretende, „zischende" Schmerzen im ganzen Körper, allgemeine Mattigkeit, Kopfschmerzen, Blutandrang nach dem Kopf. Seit mehreren Jahren stechende Schmerzen im Leib, vorwiegend rechts. Seit $1^1/_2$ Jahren Koliken in der Lebergegend und im Unterleib, die etwa 1 Stunde dauern und sich zeitweise täglich wiederholen. In der Zwischenzeit Beschwerden, Aufstoßen, Völlegefühl im Magen, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Übelkeit, Brechreiz. Von einem Frauenarzt Gallensteinleiden angenommen.

Befund: Blasse, pasteuse Frau. Bauchdecken fettreich. Unbestimmte Druckempfindlichkeit in der ganzen rechten Bauchseite, vorwiegend im Unterbauch.

Diagnose: Cholecystitis? Appendicitis chronica?

Operation: 17. 9. 09. Wellenschnitt, nach unten verlängert, Gallenblase frei. In der Ileocoekalgegend ist das Netz in kleinhandtellergroßer Ausdehnung flächenhaft mit den Bauchdecken verwachsen. Lösung der Adhäsionen. Appendix mäßig lang, atrophisch. Bei der Naht der Bauchdecken mittels Durchstichknopfnähten wird die Gallenblase angestochen, daher Cystostomie. 2 Tampons.

Verlauf: 29. 9. Entfernen der Tamponade, des Rohrs und der Nähte.

1. 10. Verband mit Galle durchtränkt. Cystitis.

7. 10. Im Verband nach 2 Tagen nur mäßige Mengen Galle. Cystitis gebessert.

15. 10. Gallensekretion spärlicher.

25. 10. Keine Galle mehr im Verband.

29. 10. Geheilt mit kleiner Granulationsstelle entlassen.

VIII.

A. R. 31 J. Schuldirektor aus Schwerin.

Aufg. 9. 1. 11.

Op. 11. 1. 11. Lösung von Adhäsionen, Ektomie.

Entl. 2. 2. 11. Geheilt.

Anamnese: Mit 6 Jahren Blinddarmentzündung. Seit Februar 1910 kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch, nach Brust und Rücken ausstrahlend. Von August bis November — abgesehen von leichtem Druck in der Lebergegend — keine Beschwerden. Seit Anfang Dezember nahezu täglich mäßige Schmerzanfälle und ständiges Druckgefühl in der Gallenblasengegend. Nie Fieber oder Gelbsucht. Seit einem Jahr 6 Kilo Gewichtsabnahme.

Befund: Kräftiger Mann in reduziertem Ernährungszustand. In der Gallenblasengegend ausgesprochene, druckempfindliche Resistenz. Urin frei.

Diagnose: Cholecystitis chronica..

Operation: 11. 1. 11. Gallenblase von etwas gesenktem rechten Leberlappen überlagert, etwas vergrößert. Ausgedehnte Verwachsungen zwischen Gallenblasenfundus und Hals mit Duodenum. Keine Steine. Lösung, Ektomie. Die excidierte Gallenblase zeigt leichte Wandverdickungen und Schleimhautschwellungen.

Verlauf: Normal.

Entl.: 2. 2. 11. Geheilt.

IX.

E. W. 37 J. Verkäuferin aus Berlin.

Aufg. 24. 3. 11.

Op. 25. 3. 11.

Entl. 15. 4. 11.

Anamnese: November 1910 zum erstenmal Schmerzen in der rechten Bauchseite, die sich plötzlich nach dem Mittagessen einstellten und 3 Tage fortdauerten. Später ständiges leichtes Druckgefühl in der ganzen rechten Bauchseite. Der erste Anfall wurde für eine Blinddarm-

entzündung erklärt. Eine zweite Kolik — Mitte Februar — trat wiederum nach dem Mittagessen auf, hielt 12 Stunden an, darauf nach Opiumtropfen Besserung. Diesmal wurden die Schmerzen auf Wanderniere bezogen. Seitdem ständiger Druck, Gefühl von Völle und Spannung. Im Diakonissenheim Bethanien wurde die Diagnose auf Gallensteine gestellt und Operation empfohlen. Nie Fieber oder Gelbsucht. Steinabgang nicht beobachtet.

Befund: Blasse Patientin in reduziertem Ernährungszustand. Leber stark gesenkt, unter den Nabel hinabreichend. In der Ileocoekalgegend fühlt man einen mit der Leber in Zusammenhang stehenden, birnförmigen Tumor von prall elastischer Konsistenz. Urin enthält 3 $^0/_{00}$ Eiweiß. Mikroskopisch mäßig viele Plattenephitelien und einige geschwänzte Elemente, aber keine Cylinder.

Diagnose: Hydrops der Gallenblase.

Operation: 25. 3. 11. Leber stark gesenkt. Untere Leberfläche mit Kolon durch lockere Verwachsungen verbunden. Trennung der Adhäsionen. Gallenblase intakt. Der große Tumor erweist sich als eine vergrößerte, polycistische Niere, von der man eine nach vorn zu gelegene größere Cyste durch die Bauchdecken hindurch palpiert hat. Auch die linke Niere cystisch verändert, aber nur wenig vergrößert. Schluß der Bauchhöhle.

Verlauf: Normal.

Entl.: 15. 4. 11. Subjektives Wohlbefinden.

X.

E. S. 46 J. Arztfrau aus Plauen.

Aufg. 26. 4. 11.

Op. 29. 4. 11. Lösung von Verwachsungen, Ektomie, Hepatopexie.

Entl. 23. 5. 11. Geheilt.

Anamnese: 6 Geburten, letzte vor 5 Jahren. Damals „Eiterung am linken breiten Mutterband", im Anschluß daran Blasenkatarrh und Schmerzen in den Gelenken. Frühjahr 1910 krampfartige Schmerzen in Leber- und Magengegend von halbstündiger Dauer, mit Erbrechen. Diese wiederholten sich und traten hauptsächlich nach der Nahrungsaufnahme auf. Einmal graugelbe Farbe des Stuhls. Keine Gelbsucht, kein Fieber. Nach Kur in Wiesbaden hörten diese Anfälle auf, doch bestanden Druckgefühl und Erbrechen weiter. Jetzt seit 8 Tagen täglich die gleichen Beschwerden.

Befund: Tiefstehende Leber, unbestimmte Resistenz in der Gallenblasengegend.

Diagnose: Hepatoptose, Cholecystitis, Adhäsionen.

Operation: 29. 4. 11. Lösung von sehr ausgedehnten Verwachsungen zwischen Gallenblase und Duodenum, die sich bis herauf an den Fundus erstrecken; ebenso ziehen sich derbe Stränge von der Oberfläche der Leber nach dem parietalen Peritonaealblatt. Breite Adhaerenz des Netzes an der medialen Seite des rechten Leberlappens wird ebenfalls durchtrennt, Gallenblase ektomiert, Leber nach oben durch Naht fixiert.

Verlauf: Gut.

Entl.: 23. 5. 11. Geheilt.

XI.

E. M. 37 J. Ehefrau aus Weimar.

Aufg. 7. 6. 11.

Op. 8. 6. 11. Lösung von Verwachsungen, Ektomie.

Entl. 26. 6. 11. Geheilt.

Anamnese: Vor $4^1/_2$ Jahren zum erstenmal sehr starke Schmerzen im rechten Oberbauch, nach Brust und Rücken ausstrahlend, von Schüttelfrost und Erbrechen begleitet. Nach 4 Wochen wieder Anfall, darauf 5 wöchentliche Kur in Karlsbad, die gut bekam. Kurze Zeit darauf wieder starke Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Druck in der Gallenblasengegend, Verstopfung und Nervosität. In dem darauffolgenden Winter traten täglich nach dem Essen und vor Stuhlentleerungen kleine Koliken auf, die immer rasch vergingen. In den folgenden 3 Jahren Wohlbefinden, abwechselnd mit kleinen Koliken. 1910 vorsichtshalber Kur in Karlsbad. Vor 4 Wochen wieder ein schwerer Anfall, dem Appetitlosigkeit und schlechtes Allgemeinbefinden vorausgegangen waren. Seitdem ständig Druck in der Gallenblasengegend und quälende Stuhlverstopfung. Kein Ikterus, kein Steinabgang beobachtet. Beim letzten Anfall soll der Stuhl grau und der Urin braunrot gewesen sein. Bei allen Anfällen Hautjucken.

Befund: Rechte Niere tiefstehend, beweglich. Gallenblasengegend druckempfindlich.

Diagnose: Cholecystitis chronica, Hepatoptose.

Operation: 8. 6. 11. Wellenschnitt. Gallenblase gestaut, sehr stark mit Duodenum und Magen verwachsen. Dieser ist ganz nach oben gezogen. Lösung der Adhäsionen, Ektomie. Leber sehr stark gesenkt.

Verlauf: Normal.

Entl.: 26. 6. 11. Geheilt.

XII.

C. H. 48 J. Rittergutsbesitzersfrau aus Groß-Carzenburg.

Aufg. 7. 9. 11.

Op. 8. 9. 11. Lösung von Adhäsionen, Ektomie.
Entl. 11. 10. 11. Geheilt.

Anamnese: Vor einem Jahr fast täglich Rückenschmerzen, nach rechts vorn hinziehend, mit Übelkeitsgefühl verbunden. Kein Erbrechen, immer Stuhlverstopfung, Gelbsucht und Steinabgang nicht beobachtet. Seit 6—8 Wochen sind die Schmerzen heftiger geworden und besteht andauerndes Druckgefühl in der Lebergegend.

Befund: Starke Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. Urin frei.

Diagnose: Cholecystitis chronica, Adhäsionen.

Operation: 8. 9. 11. Gallenblase etwas vergrößert, verwachsen, sonst aber normal. Blinddarm ganz nach oben gelagert, Appendix berührt fast die Gallenblase. Lösung, Ektomie. Die Appendix, ganz gesund, wird nicht entfernt.

Verlauf: Ohne Besonderheiten.

Entl.: 11. 10. 11. Geheilt.

Nachsatz. Die mikroskopische Untersuchung der Gallenblase ergab Stauung mit leichter Entzündung. Schon makroskopisch konnte man an den gelben Flecken der Schleimhaut (Fettinfiltration) die Stauung erkennen.

XIII.

T. Z. 50 J. Kaufmannsfrau aus Lublin.
Aufg. 29. 11. 11.
Op. 2. 12. 11. Lösung von Adhäsionen an der Gallenblase.
Entl. 23. 12. 11.

Anamnese: Vor 20 Jahren Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend, die in längeren Intervallen auftraten und für reine Magenbeschwerden gehalten wurden. Vor 14 Jahren Kur in Karlsbad, da die Leber geschwollen und die Gallenblase druckschmerzhaft war. Seitdem jedes Jahr Kur in Karlsbad, oft lange beschwerdefrei. Vor 3 Jahren Anfall, der als Appendicitis aufgefaßt wurde. Leber damals vergrößert. Seit 2 Monaten Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen. Keine Schmerzen, nur geringe Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. Nie Blut im Erbrochenen. Leichte Temperatursteigerung. Gewichtsabnahme etwa 10 Pfund.

Befund: Der Gallenblase entsprechender länglicher Tumor, dessen Fundus in Nabelhöhe steht. Links davon, mit dem Leberlappen zusammenhängend, eine massige Resistenz. Urin frei. Wassermann negativ.

Diagnose: Chronische Cholecystitis, Hydrops der Gallenblase (Karzinomverdacht).

Operation: 2. 12. 11. Leber sehr groß, cirrhotisch, namentlich im linken Lappen. Gallenblase stark erweitert, am Hals und Ductus cysticus Verwachsungen mit Duodenum. Lösung. Rechte Niere sehr groß, linke nur wallnußgroß, hart. Auf eine Ektomie wird verzichtet, da die Gallenblase sich entleert und es möglich ist, daß die Beschwerden nicht von derselben stammen.

Verlauf: Ohne Besonderheiten.

Entl.: 23. 12. 11.

Nachsatz. Der Tumor, den man als Gallenblase angesprochen hatte, war die rechte Niere. Ihr unterer Pol fühlte sich genau so an, wie der Fundus der Gallenblase.

XIV.

A. W. 49 J. Kaufmann aus Charlottenburg.

Aufg. 16. 5. 13.

Op. 19. 5. 13. Lösung von Adhäsionen an der Gallenblase.

Entl. 2. 6. 13.

Anamnese: Vor einem Jahr Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, Magenschmerzen von kurzer Dauer, gewöhnlich 10 bis 15 Minuten nach dem Essen. Einige Male Übelkeit und Erbrechen. Im Erbrochenen kein Blut, Stuhlgang aber einige Male teerfarbig. Schmerzen häufig auch des Nachts, kein Heißhungergefühl, Aufstoßen. Die Schmerzen traten früher hauptsächlich in der rechten Bauchseite auf, seit 8 bis 10 Tagen mehr links. Vom Arzt Verdacht auf Karzinom ausgesprochen. Gewichtsabnahme in einem Jahre 40 Pfund.

Befund: Blasser, elender Mann. Über dem Epigastrium druckempfindliche Resistenz. Urin Spur Eiweiß. Magenfunktionen normal.

Diagnose: Chronische Cholecystitis. Pankreatitis. Retroperitonaealer Tumor.

Operation: 19. 5. 13. Gallenblase klein, mit Duodenum verwachsen, Lösung. An der kleinen Kurvatur des Magens ein Karzinom, viele Drüsen, Schluß der Bauchhöhle.

Verlauf: Ohne Besonderheiten.

Entl.: 2. 6. 13.

XV.

N. N. 42 J. Hebamme aus Berlin.

Aufg. 29. 9. 13.

Op. 30. 9. 13. Lösung von Adhäsionen, Ektomie.

Entl. 22. 10. 13. Geheilt.

Anamnese: Vor 10 bis 12 Jahren öfters auftretende Schmerzen im rechten Oberbauch, gewöhnlich rechts nach dem Unterleib ausstrahlend. Patientin hat seitdem die Schmerzen nie ganz verloren, gewöhnlich traten sie während des Essens, am häufigsten nach Diätfehlern auf. Seit dem vorigen Jahre Verschlimmerung, Schmerzen mehr kolikartig, fast jeden Tag auftretend. Seit Mai dieses Jahres fast einen Tag um den anderen sehr heftige Schmerzen, besonders nach der Nahrungsaufnahme. Dumpfes Schmerzgefühl aber immer vorhanden. Kein Fieber, früher ab und zu Erbrechen, öfters leichtes Frösteln. Im Erbrochenen und im Stuhl kein Blut. Oft Hungerschmerz sowohl Tag wie Nacht. Stuhlgang unregelmäßig und erschwert. Gewichtsabnahme erheblich. Patientin war durch ihren Zustand in ihrem Beruf völlig gestört.

Befund: Sehr starke Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend, so stark, daß der Verdacht der Hysterie nahe liegt.

Diagnose: Cholecystitis chronica, Adhäsionen.

Operation: 30. 9. 13. Gestaute Gallenblase mit 2 Auflagerungen auf der Schleimhaut. Lösung von Verwachsungen mit Duodenum. Ektomie. Pankreas deutlich gelappt, hart. Kein Ulcus nachweisbar.

Verlauf: Ohne Besonderheiten.

Entl.: 22. 10. 13. Geheilt.

XVI.

C. M. 50 J. Arztfrau aus Berlin.

Aufg. 10. 11. 13.

Op. 11. 11. 13. Lösung von Verwachsungen, Ektomie, Hepatopexie.

Entl. 4. 12. 13. Geheilt.

Anamnese: Vor 4 Jahren nach einem Stoß gegen den Unterleib Schmerzen, von der Lebergegend nach der Symphyse ausstrahlend. Während der ganzen Jahre nie ganz schmerzfrei. Nie Fieber, schon lange Zeit Uebelkeit und Aufstoßen, seit 2 Jahren Obstipation, seit vorigem Jahr sehr häufig Erbrechen schleimiger Massen. Kein Blut im Stuhl beobachtet, Farbe desselben immer normal. Appetit schlecht. Nie Hungerschmerz. Bedeutende Gewichtsabnahme, im letzten Jahre allein 15 Pfund.

Befund: Allgemeine Enteroptose, besonders Hepatoptose. In der Gallenblasengegend Resistenz, mehr rechts davon starke Druckempfindlichkeit. Urin frei.

Diagnose: Enteroptose, Hepatoptose, mit Verwachsungen an der Gallenblase und Cholecystitis (Stein unwahrscheinlich).

Operation: 11. 11. 13. Hepatoptose, Verwachsung des rechten

Leberlappens mit Kolon und Duodenum. Gallenblase ebenfalls verwachsen, groß, gestaut (Cholesterinauflagerungen). Kein Ulcus duodeni. Lösung, Ektomie. Hepatopexie.

Verlauf: Normal.

Entl.: 4. 12. 13. Geheilt.

XVII.

E. L. 34 J. Kaufmannsfrau aus Strelno.

Aufg. 25. 3. 14.

Op. 29. 3. 14. Lösung von Verwachsungen, Ektomie. Appendicektomie.

Entl. 6. 5. 14. Geheilt.

Anamnese: Vor 6 Jahren nach einer Entbindung häufig auftretende Magenschmerzen mit Erbrechen. Seitdem nie ganz beschwerdefrei. Während einer dritten Schwangerschaft sehr heftige Anfälle. Der Zustand war die ganzen Jahre über wechselnd, 1913 war Patientin einmal 8 Wochen beschwerdefrei. In den letzten Wochen fast täglich 1 bis 2 Anfälle. Öfters Gelbsucht, nie Fieber, aber oft Schüttelfröste. Appetit schlecht, Gewichtsabnahme in den letzten Wochen etwa 15 Pfund. Von jeher Verstopfung, oft Urindrang. Hungerschmerz, oft Speichelfluß, Herzklopfen, kalte Füße.

Befund: Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. Urin frei.

Diagnose: Chronische Cholecystitis, Adhäsionen.

Operation: 29. 3. 14. Gallenblase groß, gestaut, am Hals mit Duodenum verwachsen. Lösung, Ektomie. Choledochus frei. Appendix ganz verwachsen, wird entfernt. Die Gallenblase ist gestaut, Schleimhaut mit gelben Punkten übersät, in den Wandungen leichte Entzündung. Appendix obliteriert.

Verlauf: Normal.

Entl.: 6. 5. 14. Geheilt.

XVIII.

M. S. 46 J. Ehefrau aus Ohligs.

Aufg. 23. 8. 14.

Op. 26. 8. 14. Lösung von Verwachsungen, Ektomie.

Entl. 17. 9. 14. Geheilt.

Anamnese: Mit 25 Jahren Lungenentzündung, mit 28 Jahren Scharlach.

Vor 8 Jahren Druckgefühl in der Gallenblasengegend und leichte Gelbsucht. Seit 2 Jahren greifen die Beschwerden auf die Magen- und

Blinddarmgegend über und haben sich verstärkt. Vor 4 Wochen einmal Temperaturerhöhung bis 39,6. Appetit und Stuhlgang in Ordnung.

Befund: Gallenblasengegend druckempfindlich, in der Blinddarmgegend stärkere Resistenz als in der Gegend der Gallenblase. Urin frei.

Diagnose: Chronische Cholecystitis (Stauungsgallenblase mit Entzündung). Appendicitis. Verwachsungen.

Operation: 26. 8. 14. Gallenblase groß, gespannt, Hals mit Duodenum flächenhaft verwachsen. Lösung, Ektomie. Appendix normal. Gallenblase groß, wandverdickt, Schleimhaut stark entzündet.

Verlauf: Normal.

Entl.: 17. 9. 14. Geheilt.

XIX.

J. B. 26 J. Ehefrau aus Charlottenburg.

Aufg. 17. 11. 14.

Op. 19. 11. 14. Lösung von Verwachsungen, Ektomie.

Entl. 9. 12. 14. Geheilt.

Anamnese: Großmutter mütterlicherseits an Gallenstein gestorben. Zweimal Gelenkrheumatismus, 1911 wegen Appendicitis operiert. Vor $1^1/_2$ Jahren viel Schmerzen im Rücken und in der Gallenblasengegend. Februar 1914 viel Schmerzen in der Magengegend. Es wurde bald darauf an eine Erkrankung der Gallenblase gedacht, doch war diese nicht palpabel. Ende Juli sehr heftiger Anfall, etwas ikterisch. Seitdem häufig etwas Temperaturerhöhung bis 38. Im Oktober einige heftige Anfälle hintereinander, beginnend in der Gallenblasengegend, gehen nach Rücken, Schultern und Brust. Zwischen den Anfällen immer Druckschmerzen, besonders bei Bewegungen. Einige Male Erbrechen während der Anfälle. Stuhlgang regelmäßig. Appetit schlecht, Abmagerung etwa 12 Pfund. Zuletzt 3 Wochen Bettruhe und Karlsbader Kur, dabei ständig Verschlimmerung. Trotzdem nahm ein bekannter innerer Kliniker reine Hysterie an und riet dringend von der Operation ab. Die zuletzt angestellte Röntgenuntersuchung ergibt Verziehung des Pylorusteiles des Magens nach rechts.

Befund: Sehr starke Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend, so stark, daß man an Uebertreibung denken könnte. Gallenblase nicht palpabel, Urin frei.

Diagnose: Stauungsgallenblase mit entzündlicher Reizung, Verwachsungen. Ob Steine, ist nicht zu sagen. Vielleicht etwas Hysterie.

Operation: 19. 11. 15. Gallenblase groß, gespannt, den unteren Leberrand um 5 cm überragend. Adhäsionen zwischen Gallenblase und Netz und Duodenum. Ektomie nach Trennung der Adhäsionen.

Die Gallenblase ist eine Stauungsgallenblase mit entzündlicher Reizung.

Verlauf: Normal.

Entl.: 9. 12. 14. Geheilt.

XX.

E. S. 50 J. Beamtenfrau aus Berlin.

Aufg. 26. 1. 15.

Op. 28. 1. 15. Lösung von Verwachsungen, Ektomie.

Entl. 18. 2. 15. Geheilt.

Anamnese: Mutter soll an Leberschmerzen gelitten haben. Die jetzigen Beschwerden seit der ersten Entbindung vor 30 Jahren, die ersten Gallenkoliken seit 19 Jahren. Manchmal Gelbsucht, öfters Fieber. Anfälle seit 1900 fortgeblieben, dafür dauernder Druck in der Lebergegend, so stark, daß Patientin nicht mehr schlafen konnte. Viel Obstipation, bitterer Geschmack, Kopfschmerzen, Übelkeit, Blähungen. Keine Abmagerung.

Befund: Rechter Leberlappen sehr massig, starke Druckempfindlichkeit rechts am Rippenbogen. Urin frei.

Diagnose: Adhäsionen, chronische Cholecystitis (alte Appendicitis?).

Operation: 28. 1. 15. Ektomie der verwachsenen Gallenblase. Choledochus frei, Pankreas hart. Appendix normal. Gallenblase chronisch entzündet, enthält 20 reine Infektsteine.

Verlauf: Normal.

Entl.: 18. 2. 15. Geheilt.

XXI.

M. Z. 34 J. Zahnarztfrau aus Görlitz.

Aufg. 11. 2. 15.

Op. 13. 2. 15. Lösung von Verwachsungen, Ektomie.

Gestorben: 8. 3. 15.

Anamnese: Vater soll an Leberschwellung gelitten haben. Patientin hatte mit 21 Jahren Pleuritis, mit 27 Jahren Lungenspitzenkatarrh, 1914 Rezidiv. Beide Male ausgeheilt. Vor 7 Jahren Beginn des Gallenblasenleidens mit schwerer Kolik ohne Gelbsucht und Fieber. 1908 bis 1911 Karlsbad. In den letzten Jahren war der Zustand wechselnd. Seit einigen Monaten dauernder Druck in der Gallenblasengegend.

Befund: Starke Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend. Urin frei.

Diagnose: Chronische Cholecystitis mit Adhaesionen. Hysterie.

Operation: 13. 2. 15. Untere Fläche des rechten Leberlappens mit

hinterm Peritonaeum verwachsen. Hals der Gallenblase mit Duodenum verwachsen. Lösung, Ektomie. Gallenblase gestaut, entzündet.

Verlauf: Zunächst gut, vom 7. Tage ab Temperaturen bis 39. Thrombose im linken Bein, Parotitis rechts.

Tod an Herzschwäche am 8. 3. 15.

XXII.

R. C. 36 J. Kaufmann aus Brandenburg.

Aufg. 16. 3. 15.

Op. 17. 3. 15. Lösung von Verwachsungen, Ektomie.

Entl. 7. 4. 15. Geheilt.

Anamnese: November 1910 plötzlich sehr heftige Schmerzen im Leib. Der Arzt diagnostizierte Blinddarmentzündung. 1911 zweiter Anfall; diesmal Nierensteine angenommen. 1914 wieder Anfälle, die für Gallensteinkoliken gehalten wurden. 1914 und 1915 immer in Zwischenräumen von einigen Wochen Koliken ohne Ikterus und Fieber. Die Schmerzen begannen in der Gallenblasengegend und strahlten nach der Blase aus wie Nierensteinkoliken. Doch wurde öfters nach dem Anfall Gallenfarbstoff im Urin gefunden. Appetit gut, Verdauung schlecht. Abmagerung 18 Pfund.

Befund: Schlanker Mann mit sehr starker Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend. Urin frei.

Diagnose: Wahrscheinlich Adhaesionen an der Gallenblase. Ulcus duodeni?

Operation: 17. 3. 15. Gallenblase gestaut, mit Duodenum verwachsen. Lösung. Duodenalrand etwas verdickt, aber kein Ulcus. Ektomie. Stauungsgallenblase mit geringer Entzündung.

Verlauf: Normal.

Entl.: 7. 4. 15. Geheilt.

XXIII.

E. S. 12 J. Kaufmannssohn aus Schöneberg.

Aufg. 12. 5. 15.

Op. 12. 5. 15. Lösung von Verwachsungen, Ektomie, Appendicektomie.

Entl. 2. 6. 15. Geheilt.

Anamnese: Großmutter litt an Gallensteinen, Großvater an Gallenblasenentzündung.

Früher Kinderkrankheiten. Vor einem Jahre Bauchschmerzen unbestimmter Art, alle 2 bis 3 Monate wiederkehrend. Seit Januar 1915 Schmerzen in der Lebergegend, zunächst 8 Tage Bettruhe. Seit 3 Wochen

fortwährend Schmerzen, so daß der Knabe dauernd zu Bett lag. Mit den Faeces gingen steinartige Gebilde ab, die sich bei chemischer Untersuchung nicht als Gallensteine erwiesen. Karlsbader Kur und Chologenkur ohne Erfolg. Appetit gut, geringe Obstipation, kein Ikterus.

Befund: Gesund aussehender Junge, Oberbauch etwas aufgetrieben. Gallenblasengegend sehr druckempfindlich, Appendixgegend frei, Urin frei.

Diagnose: Chronische Cholecystitis mit Adhaesionen oder Entzündung der nach oben umgeschlagenen Appendix.

Operation: 12. 5. 15. Verwachsungen zwischen Gallenblase und Duodenum, scharf das letztere abknickend. Lösung. Ektomie. Auch die Appendix nicht ganz frei von Verwachsungen, aber sonst gesund, liegt an normaler Stelle. Appendicektomie. Gallenblase makroskopisch gesund.

Verlauf: Normal.

Entl.: 2. 6. 15. Geheilt.

XXIV.

F. B. 38 J. Fahrstuhlführersfrau aus Neukölln.

Aufg. 7. 9. 15.

Op. 8. 9. 15. Lösung von Verwachsungen, Ektomie, Hepatopexie.

Entl. 30. 9. 15. Geheilt.

Anamnese: 1910 Malaria. 1913 Leberabszeß festgestellt, doch fand sich bei der Operation nur eine Hepatoptose. Damals Hepatopexie gemacht, Gallenblase nicht entfernt. Darauf ein Jahr lang gesund. Seit einem Jahr fast jeden Tag äußerst heftige Schmerzen, die in der Lebergegend beginnen und nach Rücken und Brust ausstrahlen. Appetit und Verdauung schlecht, Abmagerung 20 Pfund. Vor der ersten Operation Ikterus. Jetzt 5 Wochen lang Fieber bis 39,7. Zweimal Schüttelfröste, bei den Anfällen viel Erbrechen und Kopfschmerzen.

Befund: Elende Frau mit Enteroptose. Narbe von Hakenschnitt im rechten Hypochondrium, Leberrand eine Hand breit tiefer.

Diagnose: Hepatoptose. Ob Gallenblasenerkrankung, zweifelhaft.

Operation: 8. 9. 15. Bogenschnitt, der Narbe folgend. Ablösung der Leber. Gallenblase sehr groß, gestaut, verwachsen. Lösung, Ektomie. Hepatopexie.

Verlauf: Normal.

Entl.: 30. 9. 15. Geheilt.

Lebenslauf.

Ich wurde am 28. Oktober 1888 zu Thorn als Tochter des Gymnasial-Professors Dr. Horowitz geboren. Ich besuchte die Städtische Höhere Mädchenschule und das Seminar zu Thorn und bestand dort am 16. März 1908 die Lehrerinnenprüfung. Darauf bereitete ich mich durch häusliche Studien auf die Reifeprüfung vor, die ich am 14. März 1910 an der Gymnasial-Abteilung der Hohenzollernschule zu Schöneberg bestand. Von 1910 bis 1915 studierte ich in Berlin und Jena Medizin. In Berlin vollendete ich am 16. November 1912 die ärztliche Vorprüfung, am 11. Mai 1915 die Staatsprüfung für Ärzte. Während des praktischen Jahres war ich an der II. medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik der Königlichen Charité zu Berlin und an der I. inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend tätig. Am 1. Juni 1916 erhielt ich die Approbation als Arzt. Seit dem 1. Juli 1916 bin ich an der I. inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend als Hilfs-Assistenzärztin tätig. Am 20. Juli 1916 wurde ich in Berlin zum Doktor der Medizin und Chirurgie promoviert. Ich bin seit dem 1. April 1914 mit dem Referendar Dr. Franz Bischofswerder zu Berlin verheiratet.